附件7

授权委托书

本授权委托书申明： 填写医疗机构许可证登记名称 的法定代表人 姓名（有效身份证件名称及号码） ，现委托授权 姓名（有效身份证件名称及号码） 为我方受托代理人，办理定点医药机构申报业务，受托代理人在此过程中递交的一切文件资料和签署的一切文件及处理与之相关的一切事务，我方均予以承认。受托代理人无转委托权，特此委托。

委托限期：自 年 月 日起至 年 月 日止。

委托单位：医疗机构许可证名称（加盖公章）

法定代表人： （签名）

有效身份证件号码：

受托代理人： （签名）

有效身份证件号码：

日期： 年 月 日

注：法定代表人和受托代理人须在授权委托书上亲笔签名，不得使用印章、签名章或其他电子制版签名。